

JAN 05 2010

UW

Authorización HIPAA

Versión 2.5

Para el Uso, Creación y/o la Revelación de Información de Salud Protegida para Investigaciones

Título del Estudio de Investigación: Programa Basado en el Hogar - Apoyo y Educación sobre Asma (HomeBase)

Investigador Principal: James W. Krieger, MD, MPH

Institución del Investigador Principal: Salud Pública de Seattle y el condado de King/División de Prevención

### A. Propósito de éste formulario

El propósito de éste formulario es para dar su permiso al equipo de investigación para obtener, usar y revelar su información de salud protegida. Su información de salud será usada para llevar a cabo el estudio de investigación nombrado anteriormente.

*Este documento es usado también para los padre para proveer permiso acerca de la información de salud protegida de sus hijos menores, y para los representantes legalmente autorizados (como por ejemplo, un miembro de familia apropiado) para proveer permiso sobre información de salud protegida de sujetos quienes no tienen capacidad por si mismos de proveer permiso. En tales casos, los términos "usted" y "su información de salud" generalmente refieren al sujeto en vez de la persona proveyendo el permiso.*

Leyes estatales y federales de privacidad protegen su información de salud. Estas leyes explican que, en la mayor de los casos, su médico puede revelar su información de salud identificable al equipo de investigación sólo si usted les de su permiso por medio de firmar este formulario.

Usted no tiene que firmar este formulario de permiso. Si usted no firme, usted no será permitido unir a la investigación. Su decisión de no firmar este permiso no afectará cualquier otro tratamiento, cuidado de salud, inscripción en cualquier plan de seguridad de cuidado de salud o en su calificación para dichos beneficios.

### B. La información de salud protegida que será revelada y usada

"Información de salud protegida" significa la información que esté en su record médico. También incluye información que le pueda identificar. Por ejemplo, puede incluir su nombre, dirección de casa, número telefónico, fecha de nacimiento, y su número de record médico.

Por medio de firmar este formulario usted está dando permiso a las organización(es) listadas de divulgar su información de salud protegida para éste estudio de investigación.

La información específica que será revelada y usada para éste estudio está listada abajo:

- Historial Medico / Tratamiento para el asma

### C. Como se usará su información de salud

El investigador sólo usará su información de salud en las maneras descritas en el formulario de consentimiento del estudio que usted firme y como descrito aquí.

Las leyes de privacidad no siempre requieren que el que recibe su información tenga que mantenerla confidencial. Debido a esto, el formulario de consentimiento de la investigación describe quien tendrá acceso a su información. Describe también como su información será protegida. Usted puede preguntar del equipo de estudio sobre qué harán con la información y como ellos la protegerán.

Su información en los registros del estudio de investigación puede ser compartida con, usada por, visto por,

- Personas de agencias y organizaciones que monitorean la seguridad, efectividad, y ejecución del estudio.
- Otros investigadores, cuando la junta de re-examinación aprueben que se comparte información de salud

Si cualquiera de estas personas o grupos revisen su registro del estudio, pueda que también necesiten revisar las mismas partes de su registro médico/cuidado de salud que el equipo del estudio verán.

#### **D. Información del estudio en su registro médico/cuidado de salud**

Alguna información limitada y básica sobre éste estudio será colocada en su registro medico. Esto es para que su médico sabrá que usted está participando en éste estudio.

La siguiente información del estudio será colocada en su registro medico. Incluye: resúmenes de las visitas al hogar y confirmación de su inscripción en el estudio.

#### **E. Vencimiento**

Este permiso para la revelación de su información de salud.

Este permiso es para el cuidado de salud proveído comenzando el día que firmó los formularios de consentimiento y que se inscribió en el estudio. Este permiso vence 3/31/2017, cuando el estudio de investigación termina y los procesos requisitos monitoreando el estudio terminan.

#### **F. Cancelando su permiso**

Usted puede cambiar su mente en cualquier momento. Para retractar su permiso, usted tiene que someter su petición por escrito a:

Miriam Philby, MA  
King County Asthma Program  
401 Fifth Avenue, Suite 900  
Seattle, WA 98104-1818

Si retracte su permiso, el equipo del estudio todavía mantendrá, usará, y divulgará cualquier información sobre usted que ya tengan. Pero no pueden obtener más información acerca de usted para éste estudio con excepción de que sea requisito por una agencia federal que tiene responsabilidad de monitorear el estudio.

Si retracte su permiso, usted tendrá que dejar el estudio de investigación. Esto quiere decir que no tendría que tener más tratamientos o exámenes por medio del estudio. Cambiando su mente no afectará cualquier tratamiento, pago, o cuidado de salud, inscripción en aseguran-za de salud o elegibilidad para beneficios.

